



Reynolds School District #7  
Administration Building  
1204 NE 201<sup>st</sup> Avenue  
Fairview, OR 97024  
503-661-7200 • FAX 503-667-6932

\_\_\_\_\_ Elementary School  
Address \_\_\_\_\_

## Welcome Incoming Kindergarten Families!

The start of kindergarten is an exciting time for families, and we are committed to helping every child have a smooth and successful start to school. This letter lists important dates, the registration process, and ideas for summer learning.

### Important Dates:

Event Date \_\_\_\_\_  
Location \_\_\_\_\_

### Kindergarten Registration:

If you are unable to attend your school's Connect to Kindergarten, you should still register for school by June 1.

Here are the documents you will need to register:

- ✓ **Proof of age for your child.** A birth certificate or similar document will work. Your child is eligible for kindergarten if he/she is 5 years old on or before September 1 of the enrolling school year.
- ✓ **Proof of home address.** We require a document such as a utility bill, cell phone bills or other bills to the home address. The name on the bill must be of a parent/guardian of the student.
- ✓ **Immunization Records.** The required immunizations for kindergarten students are: DTaP, Polio, Varicella, Measles, Mumps, Rubella, Hepatitis A and B.

### Summer Learning:

- Read daily with your child.
- Draw and write outside with sidewalk chalk.
- Ask your child to follow two step directions. For example, "Take off your coat and hang it up." or "Put your toys away and wash your hands."
- Work simple jigsaw puzzles together.
- Play toss and catch with your child using 9 to 12 inch rubber balls.
- Sort clothes together. For example, sort socks in one pile, and shirts in another pile.

Please feel free to contact the school with any questions or concerns.

Our phone number is: \_\_\_\_\_  
Our website is: [www.reynolds.k12.or.us/](http://www.reynolds.k12.or.us/) \_\_\_\_\_  
Our Principal: \_\_\_\_\_

We are looking forward to a great kindergarten year!

*A great place for learning.*

[www.reynolds.k12.or.us/schools/](http://www.reynolds.k12.or.us/schools/)

\_\_\_\_\_ Elementary School  
Address

¡Bienvenidas familias de estudiantes que comenzarán el Jardín de Niños (Kindergarten)!

El comienzo del Jardín de Niños es un tiempo de mucho entusiasmo para las familias, estamos comprometidos en ayudar a cada niño/a a tener un comienzo del año escolar tranquilo y exitoso.

Esta carta le informa de fechas importantes, el proceso para el registro e ideas para el aprendizaje durante el verano.

**Fecha importante para conexión con Kindergarten y Registro:**

Event Date  
Location

**Registro para el Jardín de Niños (Kindergarten):**

Si usted no puede asistir el día de Conexión al Kinder, usted deberá igualmente registrar a su estudiante a más tardar el primero de junio.

Estos son los documentos que usted necesitará para el registro:

- ✓ **Comprobante de la edad de su estudiante.** El certificado de nacimiento o un documento similar. Su hijo/a podrá comenzar el kindergarten si el/ella tiene 5 años el o antes del 1 de septiembre del año escolar en el que lo registrará.
- ✓ **Prueba del domicilio.** Solicitamos un documento, un recibo de servicios públicos (luz, agua, teléfono) con la dirección de su casa. El nombre en el recibo deberá ser de uno de los padres o tutor del estudiante.
- ✓ **Records de vacunación.** Las vacunas obligatorias para los estudiantes de son: : DTaP (Difteria, Tétanos y Tos Ferina), Polio, Varicella, Measles (Sarampión), Mumps (Paperas), Rubella(Rubiola), Hepatitis A y B.

**Aprendizaje durante el verano:**

- Léale a su niño/a diariamente.
- Dibuje o escriba afuera con gis para cemento.
- Pida a su niño/a seguir direcciones de dos pasos. Por ejemplo, “quítate la chamarra y cuélgala” o “guarda tus juguetes y lávate las manos”
- Trabajen juntos en armar un rompecabezas.
- Jueguen a tirar y agarrar una pelota blanda de 9 a 12 pulgadas.
- Separen la ropa por grupos. Por ejemplos calcetines en una pila y camisas en otra pila.

Por favor, siéntase con la libertad de llamar a la escuela si tiene alguna pregunta o preocupación.

Nuestro teléfono es: \_\_\_\_\_

Nuestra página de Internet es: [www.reynolds.k12.or.us/](http://www.reynolds.k12.or.us/) \_\_\_\_\_

Nuestro Director es: \_\_\_\_\_

¡Estamos esperando tener un maravilloso año de Jardín de Niños!

*A great place for learning.*



## Kindergarten Registration Packet – Checklist:

### Registration Packet:

|  |                                                                                                             |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Cover Letter</b> – School Information (input at each school)                                             |
|  | <b>Immunization Card</b>                                                                                    |
|  | <b>Immunization Flyer</b>                                                                                   |
|  | <b>Registration Form</b>                                                                                    |
|  | <b>Home Language Survey</b>                                                                                 |
|  | <b>Kindergarten Transportation Plan</b>                                                                     |
|  | <b>Kindergarten Questionnaire</b>                                                                           |
|  | <b>Kindergarten Curriculum Flyer (Reading at Home)</b>                                                      |
|  | <b>School Supplies List</b>                                                                                 |
|  | <b>Free &amp; Reduce Meal Information Flyer</b> ( <i>can't enroll until July 1 for Fall participation</i> ) |

ODE Kindergarten Assessment Information Flyer

### Verification at Location:

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
|  | <b>Birth Certificate</b>        |
|  | <b>Proof of Residence</b>       |
|  | <b>Immunization Information</b> |

### Fall handouts at Location:

|  |                                                                                                        |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Emergency Closure Form</b>                                                                          |
|  | <b>Parent &amp; Student Rights and Responsibilities Handbook</b>                                       |
|  | <b>Signature Sheet</b> - Parent & Student Rights and Responsibilities Handbook                         |
|  | <b>Letter from Transportation Administrator</b> to Kindergarten Parents                                |
|  | <b>Free &amp; Reduce Meal Application</b> ( <i>if applicable to your school</i> )                      |
|  | <b>Sealant Packet/Permission Slip</b> – ( <i>Multnomah County – grades 2, 3 and MS students only</i> ) |



**2016-17 Kindergarten  
Registration Packet**



## Oregon Certificate of Immunization Status Oregon Health Authority, Immunization Program

Oregon law requires proof of immunization be provided or an exemption be signed prior to a child's attendance at school, preschool, child care or home day care. This information is being collected on behalf of the Oregon Health Authority, Immunization Program and may be released to the Authority or the local public health department by the school or children's facility upon request of the Authority. Please list immunizations in the order they were received.

|                                                                        |                               |                                                    |                                         |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Child's Last Name<br><i>Apellido</i>                                   | First<br><i>Primer Nombre</i> | Middle Initial<br><i>Segundo Nombre</i>            | Birthdate<br><i>Fecha de Nacimiento</i> |
| Mailing Address<br><i>Dirección</i>                                    | City<br><i>Ciudad</i>         | State<br><i>Estado</i>                             | Zip Code<br><i>Codigo Postal</i>        |
| Parents' or Guardians' Names<br><i>Nombre de los padres o guardian</i> |                               | Home Telephone Number<br><i>Número de Teléfono</i> |                                         |

Complete for all  
Up-to-date  
Medical  
Non medical

| Vaccines                                                                                                                        | Dose 1     | Dose 2     | Dose 3     | Dose 4     | Dose 5     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP, Tdap, Td)                                                                                   | (mm/dd/yy) | (mm/dd/yy) | (mm/dd/yy) | (mm/dd/yy) | (mm/dd/yy) |
| Booster Dose Tdap                                                                                                               |            |            |            |            |            |
| Polio (IPV or OPV)                                                                                                              |            |            |            |            |            |
| Varicella (Chickenpox) [VZV or VAR]<br><input type="checkbox"/> Check here if child has had chickenpox disease _____ (mm/dd/yy) |            |            |            |            |            |
| Measles/Mumps/Rubella (MMR)<br><i>or</i><br>Measles vaccine only<br>Mumps vaccine only<br>Rubella vaccine only                  |            |            |            |            |            |
| Hepatitis B (Hep B)                                                                                                             |            |            |            |            |            |
| Hepatitis A (Hep A)                                                                                                             |            |            |            |            |            |
| Haemophilus Influenzae Type B (Hib)<br>(Only children less than 5 years)                                                        |            |            |            |            |            |

**I certify that the above information is an accurate record of this child's immunization history.**

Signature\* \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

|                                     |
|-------------------------------------|
| <b>For school/facility use only</b> |
| School/facility Name                |
| Student ID Number                   |
| Grade                               |

\*Parent, guardian, student at least 15 years of age, medical provider or county health department staff person may sign to verify vaccinations received.

**Continued On Reverse Side**



# Oregon Certificate of Immunization Status, Page 2

## Oregon Health Authority, Immunization Program

|                                      |                               |                                         |                                         |
|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Child's Last Name<br><i>Apellido</i> | First<br><i>Primer Nombre</i> | Middle Initial<br><i>Segundo Nombre</i> | Birthdate<br><i>Fecha de Nacimiento</i> |
|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|

| Recommended Vaccines | Recommended Vaccines                                       | Dose 1 | Dose 2 | Dose 3 | Dose 4 | Dose 5 |
|----------------------|------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
|                      | Pneumococcal (PCV)<br>(Only in children less than 5 years) |        |        |        |        |        |
|                      | Meningococcal (MCV4, MPSV4)                                |        |        |        |        |        |
|                      | Human Papilloma Virus (HPV)<br>(9 years or older)          |        |        |        |        |        |
|                      | Influenza (Flu)                                            |        |        |        |        |        |
|                      | Other Vaccine<br>Please specify:                           |        |        |        |        |        |
|                      | Other Vaccine<br>Please specify:                           |        |        |        |        |        |

**For medical exemptions:**  
**Please submit a letter signed by a licensed physician stating:**

- Child's name
- Birth date
- Medical condition that contraindicates vaccine
- List of vaccines contraindicated
- Approximate time until condition resolves, if applicable
- Physician's signature and date
- Physician's contact information, including phone number

**For Immunity Documentation** (history of disease or positive titer): **Please submit a letter signed by a licensed physician stating:**

- Child's name and birth date
- Diagnosis or lab report
- Physician's signature and date

**Nonmedical Exemption:**  
 I have received information regarding the benefits and risks of immunizations. I understand that my child may be excluded from school or child care attendance if there is a case of disease that could be prevented by vaccine. I have attached the required document from (check one):

A health care practitioner  
 The vaccine educational module approved by the Oregon Health Authority

I understand that I may decline one or more vaccinations for my child and request that my child be exempted from the following required immunizations (check all that apply):

|                                                        |                                      |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria/ Tetanus/Pertussis | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Polio                         | <input type="checkbox"/> Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> Varicella                     | <input type="checkbox"/> Hib         |
| <input type="checkbox"/> Measles/Mumps/Rubella         |                                      |

---

Signature of Parent or Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Optional:**  
 ORS 433.267 states that this document may include the reason for declining the immunization. Immunization is being declined because of:

Religious belief     Philosophical belief     Other

I certify that the above information is an accurate record of this child's immunization history and exemption status.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Update Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Parents, don't let your child get left behind!

## School Year 2016-2017



Oregon law requires the following shots for school and child care attendance\*

A child 2-17 months entering  
**Child Care or  
Early Education** needs\*

Check with your child's program or healthcare provider for required vaccines

A child 18 months or older entering  
**Preschool, Child Care, or  
Head Start** needs\*

4 Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP)  
3 Polio  
1 Varicella (chickenpox)  
1 Measles/Mumps/Rubella (MMR)  
3 Hepatitis B  
2 Hepatitis A  
3 or 4 Hib

A student entering  
**Kindergarten or  
Grades 1-6** needs\*

5 Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP)  
4 Polio  
1 Varicella (chickenpox)  
2 MMR or 2 Measles, 1 Mumps, 1 Rubella  
3 Hepatitis B  
2 Hepatitis A

A student entering  
**Grades 7-8** needs\*

5 Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP)  
1 Tdap  
4 Polio  
1 Varicella (chickenpox)  
2 MMR or 2 Measles, 1 Mumps, 1 Rubella  
3 Hepatitis B  
2 Hepatitis A

A student entering  
**Grades 9-12** needs\*

5 Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP)  
1 Tdap  
4 Polio  
1 Varicella (chickenpox)  
2 MMR or 2 Measles, 1 Mumps, 1 Rubella  
3 Hepatitis B

*\*At all ages and grades, the number of doses required varies by a child's age and how long ago they were vaccinated. Other vaccines may be recommended. Please check with your child's school, child care or healthcare provider for details.*



¡Padres no dejen que sus hijos se queden atrás!



## Año Escolar 2016-2017

La ley de Oregon requiere que sus niños hayan recibido estas vacunas para que puedan asistir a las escuelas y guarderías.\*

Niños de 2-17 meses  
entrando a la **Pre-escuela**  
o **Guardería** necesitan\*

Consulte con el programa o proveedor de atención médica de su hijo para las vacunas requeridas

Niños de 18 meses y más  
entrando a la **Pre-escuela**  
o **Guardería** necesitan\*

4 Difteria, Tétano y Tos Ferina (DTaP)  
3 Polio  
1 Varicela (Chickenpox)  
1 Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR)  
3 Hepatitis B  
2 Hepatitis A  
3 o 4 Hemofilus Influenza Tipo B (Hib)

Niños entrando a **Kinder**  
**(Jardín de Niños) o**  
**Grados 1-6** necesitan\*

5 Difteria, Tétano y Tos Ferina (DTaP)  
4 Polio  
1 Varicela (Chickenpox)  
2 MMR o 2 Sarampión, 1 Paperas, 1 Rubéola  
3 Hepatitis B  
2 Hepatitis A

Niños entrando a  
**Grados 7-8** necesitan\*

5 Difteria, Tétano y Tos Ferina (DTaP)  
1 Tdap  
4 Polio  
1 Varicela (Chickenpox)  
2 MMR o 2 Sarampión, 1 Paperas, 1 Rubéola  
3 Hepatitis B  
2 Hepatitis A

Niños entrando a  
**Grados 9-12** necesitan\*

5 Difteria, Tétano y Tos Ferina (DTaP)  
1 Tdap  
4 Polio  
1 Varicela (Chickenpox)  
2 MMR o 2 Sarampión, 1 Paperas, 1 Rubéola  
3 Hepatitis B

\* Las dosis requeridas varían dependiendo de la edad de su niño y cuándo fue vacunado la última vez. Por favor verifique con su escuela o proveedor de salud para estos detalles.





# STUDENT ENROLLMENT FORM

GRAY SHADED AREA FOR OFFICE USE ONLY

**INSTRUCTIONS:** The Registration form is an official record. The questions on this form ask for important information that will help provide services for your child. Some of the questions are explained below. If you need further information, please contact your school.

**Please print using a blue/black ballpoint pen, completing all pages.**

|                                                                                                                                                                                                    |                                                                              |                                                                                                         |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| STUDENT ID NO.                                                                                                                                                                                     | SCHOOL                                                                       | COUNSELOR/TEACHER NAME                                                                                  | ADMIT DATE                                   |
| GRADE                                                                                                                                                                                              | BIRTH DATE VERIFIED<br>Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | REC'D COURT ORDER<br>Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> | GRAD YEAR (High School Only)                 |
| Has your student been previously enrolled in the Reynolds School District? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                              | INITIAL ENROLLMENT? <input type="checkbox"/>                                                            | ENROLLMENT CHANGES? <input type="checkbox"/> |
| PREVIOUS SCHOOL DISTRICT ATTENDED                                                                                                                                                                  | PREVIOUS SCHOOL ATTENDED                                                     | DATES ATTENDED<br>From _____ To _____                                                                   |                                              |
| Previous School Address                                                                                                                                                                            |                                                                              | City                                                                                                    | State                                        |
| Has your child ever been in a <b>Talented and Gifted (TAG)</b> program? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>                                                                      |                                                                              | Year(s)?                                                                                                | Where?                                       |
| Does the student have a <b>current Individualized Education Plan (IEP)</b> ? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>                                                                 |                                                                              | Does the student have a <b>Section 504 Plan</b> ? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |                                              |
| <i>Kindergarten Registration Only:</i> In the prior year, did your child spend 5 or more hours per week in preschool or preschool classroom? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |                                                                              |                                                                                                         |                                              |
| In accordance with ORS 339.250, please answer these questions:                                                                                                                                     |                                                                              |                                                                                                         |                                              |
| Has your child <b>ever been expelled</b> from school? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>                                                                                        |                                                                              | If Yes, Reason: _____ Date(s): _____                                                                    |                                              |
| Name of School: _____                                                                                                                                                                              |                                                                              |                                                                                                         |                                              |

## STUDENT INFORMATION

|                                                                                                 |                                                            |                                                                 |                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| LEGAL LAST NAME (name on Birth Certificate or Court Order)                                      | LEGAL FIRST NAME                                           | MIDDLE NAME                                                     | SUFFIX                                                             |
| HOME ADDRESS                                                                                    | APARTMENT NUMBER                                           | CITY                                                            | ZIP CODE                                                           |
| Home Address Verified: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Initials: _____ | Mailing Address (address & apt no. if different than home) |                                                                 | STATE ZIP                                                          |
| Is Mailing Address same as Home Address? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>  |                                                            |                                                                 |                                                                    |
| PREFERRED FIRST NAME/NICKNAME                                                                   | SOCIAL SECURITY NO (Optional)                              | GENDER<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | BIRTHDATE AGE                                                      |
| CITY, STATE OF BIRTH                                                                            | COUNTRY OF BIRTH                                           | PRIMARY CONTACT PHONE<br>( )                                    | Unlisted?<br>Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |

If Country of Birth is **outside the USA or Puerto Rico**, when did the child start attending school in the USA?

## RACE & ETHNICITY (Please answer BOTH Part A & Part B questions)

ETHNICITY/RACE: This information is required by the Federal Government and is used for data analysis and reporting purposes only. If you choose not to respond, Reynolds School District is required to report this information through an *Observer Identification Process*. Completion of Part A and Part B is required.  OIP Initials \_\_\_\_\_

**Part A: ETHNICITY** (Choose One)  NOT HISPANIC/LATINO  HISPANIC/LATINO – Having Origins in Cuba, Mexico, Puerto Rico, Central or South America or Other Spanish Culture or Origin

**Part B: RACE** – No matter what you selected above, please continue to answer the following by marking one or more boxes to indicate what you consider your race to be.

- American Indian/Alaskan Native** – Having origins in any of the original peoples of North or South America (including Central America), and who maintains Tribal Affiliation or Community Attachment
- Asian** – Having origins in the Far East, Southeast Asia or the Indian subcontinent, including Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, The Philippine Islands, Thailand and Vietnam
- Black/African American** – Having origins in any of the Black Racial Groups of Africa
- Native Hawaiian/Other Pacific Islander** – Having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or Other Pacific Islands
- White** – Having origins in any of the Original Peoples of Europe, The Middle East, or North Africa

## Title I-C Migrant Education Program

This program helps children and young adults ages 3-21 who move frequently (on their own or with their parents) in order to seek or obtain temporary or seasonal work in agriculture, forestry and/or fishing activities.

A person in my family has worked in, or has planned to work in, agriculture, forestry and/or fishing. This can include work on farms, ranches, canneries, nurseries, trees or fishing. Y  N

## Title VII-A – Indian Education Program

Enrollment in a Federal or State Recognized Tribe can establish eligibility to participate in the TITLE VII Indian Education Program, a Federal Grant under the Indian Education Act of 1988. A Title VII Student Eligibility Certification must be completed for every eligible student. *Additional information will be provided to eligible students.*

Is this student, or parent, or a grandparent a member of a US Federally recognized American Indian Tribe? Y  N

If yes, Tribe Name: \_\_\_\_\_

## Title X McKinney-Vento Program

This program guarantees that students, no matter their living situation, have access to public education, including transportation to and from school. A school district representative will be in touch if you check a box.

- Please check all boxes that apply:
- You are living in a car, campsite or nighttime residence is **not ordinarily used as a regular sleeping accommodations**
  - You are living in a **shelter or transitional housing**
  - You are **sharing housing** with another family or moving from place to place due to economic hardship
  - You are staying in a **Motel or Hotel** until you can find affordable housing
  - The student is an **Unaccompanied Minor** and not in the care of a parent or legal guardian? Y  N



|                 |            |       |
|-----------------|------------|-------|
| LEGAL LAST NAME | FIRST NAME | GRADE |
|-----------------|------------|-------|

THIS PAGE MAY BE COPIED FOR OTHER STUDENTS IN YOUR FAMILY. PLEASE ADD NAME AND GRADE AFTER COPYING.

### LEGAL PARENT/GUARDIAN INFORMATION

Please provide information on both parents, including parents who do not live with the student. (This page may be copied to add additional parents). It is assumed BOTH parents/guardians have access to student information unless legal documentation is provided indicating otherwise.

Who has Legal Custody of Child? Both Parents  Mother  Father  Joint Custody   
 Grandparent  Guardian  Foster Parent  Other  (please explain)

Child Lives With? Both Parents  Mother  Father  Grandparent  Guardian  Foster Parent   
 Other  (please explain)

Is there a current restraining/court order pertaining to this student? Y\*  N   
 \*If there is a current court order limiting parental access of a non-custodial parent, you must submit a copy of such order before the school can limit that parent's access to the student. I have submitted a current court order: Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

#### FIRST LEGAL PARENT/GUARDIAN

Call order in case of Emergency: 1  2  EMERGENCY CONTACT PHONE ( )

Mother  Father  Guardian  LAST NAME FIRST NAME  
 Other  (please explain)

ADDRESS Different Address  Check box to receive copy of report card and/or correspondence CITY STATE ZIP  
 Lives with student? Y  N\*   
 \*If "No", please complete Different Address

EMAIL is used to communicate important information about the school and your student. EMAIL ADDRESS (PLEASE NOTIFY THE SCHOOL IF YOUR EMAIL ADDRESS CHANGES) HOME PHONE ( ) CELL PHONE/PAGER NO. ( )

EMPLOYER OCCUPATION WORK PHONE ( ) EXT

Do you Live/Work on FEDERAL PROPERTY? Y  N  Active Military? Y  N

Are you willing to VOLUNTEER? Y  N

Speaks English? Y  N  Primary Language Spoken:

Send printed materials in primary language, if available? Y  N  Does this parent **require an interpreter** for educational conferences? Y  N

#### SECOND LEGAL PARENT/GUARDIAN

Call order in case of Emergency: 1  2  EMERGENCY CONTACT PHONE ( )

Mother  Father  Guardian  LAST NAME FIRST NAME  
 Other  (please explain)

ADDRESS Different Address  Check box to receive copy of report card and/or correspondence CITY STATE ZIP  
 Lives with student? Y  N\*   
 \*If "No", please complete Different Address

EMAIL is used to communicate important information about the school and your student. EMAIL ADDRESS (PLEASE NOTIFY THE SCHOOL IF YOUR EMAIL ADDRESS CHANGES) HOME PHONE ( ) CELL PHONE/PAGER NO. ( )

EMPLOYER OCCUPATION WORK PHONE ( ) EXT

Do you Live/Work on FEDERAL PROPERTY? Y  N  Active Military? Y  N

Are you willing to VOLUNTEER? Y  N

Speaks English? Y  N  Primary Language Spoken:

Send printed materials in primary language, if available? Y  N  Does this parent **require an interpreter** for educational conferences? Y  N

#### SIBLINGS (School age only – Attending Reynolds School District)

| Sibling Last Name | First Name | AGE | GENDER                                                | School | Grade |
|-------------------|------------|-----|-------------------------------------------------------|--------|-------|
|                   |            |     | F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |        |       |

| Sibling Last Name | First Name | AGE | GENDER                                                | School | Grade |
|-------------------|------------|-----|-------------------------------------------------------|--------|-------|
|                   |            |     | F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |        |       |

| Sibling Last Name | First Name | AGE | GENDER                                                | School | Grade |
|-------------------|------------|-----|-------------------------------------------------------|--------|-------|
|                   |            |     | F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |        |       |

| Sibling Last Name | First Name | AGE | GENDER                                                | School | Grade |
|-------------------|------------|-----|-------------------------------------------------------|--------|-------|
|                   |            |     | F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |        |       |

#### EMERGENCY CLOSURE PLAN (\*Must be included on Emergency Contacts List)

Please check the appropriate box and circle the choice of authorized pickup or destination, in the event of an Emergency Closure:

Pick up by: Parent Friend\* Neighbor\* Relative\* Daycare\*  School Bus to: Home Neighbor\* Daycare\*  Walk/Ride Bike/Drive to: Home Neighbor\* Daycare\*

Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



|                 |            |       |
|-----------------|------------|-------|
| LEGAL LAST NAME | FIRST NAME | GRADE |
|-----------------|------------|-------|

**EMERGENCY CONTACTS** – In emergency, parents/guardians will be called 1<sup>st</sup>. Emergency contacts will be called in the order indicated.

Please confirm all Emergency contacts listed have permission to pick up student at school by initialling here: Parent Initials: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

|                               |                   |            |                         |      |       |
|-------------------------------|-------------------|------------|-------------------------|------|-------|
| <b>1<sup>ST</sup> Contact</b> | CONTACT LAST NAME | FIRST NAME | Relationship to Student | City | State |
|-------------------------------|-------------------|------------|-------------------------|------|-------|

|                         |                   |                   |                             |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| PRIMARY LANGUAGE SPOKEN | HOME PHONE<br>( ) | WORK PHONE<br>( ) | CELL PHONE/PAGER NO.<br>( ) |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|

|                               |                   |            |                         |      |       |
|-------------------------------|-------------------|------------|-------------------------|------|-------|
| <b>2<sup>ND</sup> Contact</b> | CONTACT LAST NAME | FIRST NAME | Relationship to Student | City | State |
|-------------------------------|-------------------|------------|-------------------------|------|-------|

|                         |                   |                   |                             |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| PRIMARY LANGUAGE SPOKEN | HOME PHONE<br>( ) | WORK PHONE<br>( ) | CELL PHONE/PAGER NO.<br>( ) |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|

|                               |                   |            |                         |      |       |
|-------------------------------|-------------------|------------|-------------------------|------|-------|
| <b>3<sup>RD</sup> Contact</b> | CONTACT LAST NAME | FIRST NAME | Relationship to Student | City | State |
|-------------------------------|-------------------|------------|-------------------------|------|-------|

|                         |                   |                   |                             |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| PRIMARY LANGUAGE SPOKEN | HOME PHONE<br>( ) | WORK PHONE<br>( ) | CELL PHONE/PAGER NO.<br>( ) |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|

**NATURAL DISASTER CONTACT** – During the period following a large damaging natural disaster, an out-of-area contact should be selected because there is a higher possibility of being able to telephone people outside of the region than across our city or metropolitan area. Therefore, please list an emergency phone contact that is at least 100 miles away so that your child could call that phone number to regain contact with you through this third party.

|                   |                   |            |                         |      |       |
|-------------------|-------------------|------------|-------------------------|------|-------|
| <b>ND Contact</b> | CONTACT LAST NAME | FIRST NAME | Relationship to Student | City | State |
|-------------------|-------------------|------------|-------------------------|------|-------|

|                         |                   |                   |                   |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| PRIMARY LANGUAGE SPOKEN | HOME PHONE<br>( ) | WORK PHONE<br>( ) | CELL PHONE<br>( ) |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|

**MEDICAL INFORMATION**

School staff members need to know when your child has a current ongoing health problem for which he or she may require help during the school day. Remember to advise your school of any changes in information.

|               |              |                |              |
|---------------|--------------|----------------|--------------|
| DOCTOR'S NAME | PHONE<br>( ) | DENTIST'S NAME | PHONE<br>( ) |
|---------------|--------------|----------------|--------------|

|                        |                         |                    |
|------------------------|-------------------------|--------------------|
| INSURANCE CARRIER NAME | HEALTH INS/MEDICAID NO. | PREFERRED HOSPITAL |
|------------------------|-------------------------|--------------------|

Does your student have Health/Accident Insurance? Y  N  *If No, Reynolds School District offers a low cost accident and health insurance options.*

Please check any **current on-going problems**? Asthma  Heart Disease  Serious Allergies  Seizure Disorder  Diabetes: Type I  Type II  Other

\*In case of serious illness, accident or other emergency involving the student, the school will send the student to the preferred hospital specified above or if no hospital nearest the school.

|                                                                                                                       |  |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Please list any allergies (including bee stings) and/or other health conditions that may affect your child at school: |  | <b>LIFE THREATENING?</b> |                          |
|                                                                                                                       |  | YES                      | NO                       |
| 1.                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Please note:** Any allergy or other health condition requiring intervention at school **requires** that the parent complete appropriate medication information forms.

I need a medication form: Y  N

**Medical Emergency Transport**

I authorize school personnel to arrange for ambulance transportation, if necessary, and give permission for emergency personnel and the hospital of my choice, under the supervision of the attending physician, to treat my child in an emergency situation when I cannot be located: Y  N

**Parent Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Preferred Hospital :** \_\_\_\_\_

**VISION SCREENING VERIFICATION**

Please complete **either** Section I, Section II or Section III:

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Section I | Has completed Vision Screening Eye Exam: Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Date of Exam: _____<br>Results: <input type="checkbox"/> Passed <input type="checkbox"/> Did Not Pass ( <i>Referred</i> ) Name of Provider Conducting the Screening/Exam: _____ |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|            |                                                                                                                            |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Section II | <input type="checkbox"/> I have previously submitted certification to (Name of School District other than Reynolds): _____ |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|             |                                                                                                                     |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Section III | <input type="checkbox"/> I am not providing certification of vision screening/eye exam due to my religious beliefs. |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Parent Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

|                  |        |                        |                |
|------------------|--------|------------------------|----------------|
| Office Use Only: | SCHOOL | COUNSELOR/TEACHER NAME | STUDENT ID NO. |
|------------------|--------|------------------------|----------------|



|                 |            |       |
|-----------------|------------|-------|
| LEGAL LAST NAME | FIRST NAME | GRADE |
|-----------------|------------|-------|

### STUDENT TRANSPORTATION

#### BUS INFORMATION

|                                                                                       |                               |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| Will this student ride the bus? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | Office use only - BUS Number: | Bus Stop Location: |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------|

#### VEHICLE INFORMATION – (HIGH SCHOOL Student Only)

If your high school student is planning to drive himself/herself to and from school and park in assigned lot (see HS front office for request form), please complete:

|      |      |       |       |                |                                         |
|------|------|-------|-------|----------------|-----------------------------------------|
| Year | Make | Model | Color | License Number | Parking Permit Number (office use only) |
|------|------|-------|-------|----------------|-----------------------------------------|

### ANNUAL INFORMATION/PERMISSIONS & AUTHORIZATIONS

#### Directory Information

The information on this form may be used by the District to meet its duty to monitor and enforce school attendance. The following information is designated as "Directory Information" which schools may release for school purposes without parent consent: student's name, date and place of birth, major field of study, participation in officially recognized activities and sports, weight and height of members of athletic teams, dates of attendance, degrees and awards received, and the most recent previous school attended.

Within 30 days of enrollment, a parent may request, in writing to the school, that directory information not be released while the student is enrolled.

#### Electronic Communication (e-mail) - STUDENT

I have read policy IIBGA-Electronic Communications System and the administrative regulation and agree to abide by their provisions. I understand that violation of these provisions will result in discipline up to and including expulsion from school and/or suspension or revocation of system access and related privileges and/or referral to law enforcement officials.

Student Signature:

Date:

#### Electronic Communication (e-mail) - PARENT

I have read policy IIBGA-Electronic Communications System and the administrative regulation. I will monitor my student's use of the system and his/her potential access to world-wide Internet and will accept responsibility for supervision in that regard if and when my student's use is not in a school setting. In consideration for the privilege of using the district's Electronic Communication System and in consideration for having access to the public networks, I hereby release the district, its operators and any institutions with which they are affiliated from any and all claims and damages of any nature arising from my, or my student's use, or inability to use, the system including, without limitation, the type of damages identified in the district's policy and administrative regulation.

- I give my permission to issue an account for my student and certify that the information contained on this form is correct.
- I do NOT give my permission for my student to participate in the district's communications system.

Parent Signature:

Date:

#### Internet

My student has permission to use the internet (The student's use of the internet is subject to the Technology & Electronic Communication regulation, which is outlined in the *Parents and Student Rights and Responsibilities Handbook*):

Y  N  Parent Initials:

#### Military/College Recruitment – (High School student only)

The "No Child Left Behind" Act of 2001 requires school districts to provide, upon request, the names, addresses and phone numbers of juniors and seniors to military recruiters, colleges and universities. If you do not want the school district to provide information about your student to either the military or colleges and universities, you have the opportunity to "OPT OUT".

I do NOT want my child's name, address and phone number released to:  Military Recruiters  College Recruiters

#### Non-Discrimination Notice

Reynolds School District recognizes the diversity and worth of all individuals and groups in our society. It is the policy of the Reynolds School Board of Education that all educational programs, activities and employment will be free of discrimination or harassment on the grounds of race, color, religion, gender, gender identity, sexual orientation, national origin, disability, parental or marital status, or age.

#### Photo and Information

I do NOT want my child's photo or information used in: (Check all that apply)  News Media  School Yearbook  School Web Page  Student Directory

#### Student Records

Annual Parent Notification for Family Education Rights and Privacy Act.

Parent Rights: 1. May inspect and review the student's education records. 2. May request an amendment to correct inaccurate or misleading information. 3. May consent to disclosure of record information except where the law allows disclosure without parental consent. 4. May file a complaint with the US Department of Education concerning District failure to comply with the requirements of this Act. 5. May obtain a copy of the District's policy on Student Records from the School. (Reynolds Board Policy JO/IGBAB – Education Records/Records of Students with Disabilities can be found on the District website.)

#### Transferring/Retention of Records – Grades K-12

Transferring Records - Student records will be transferred within 10 days of receipt of a request and notice of enrollment in a new school.

Retention of Records – Student records will be retained the minimum time set by the State of Oregon. The District will retain speech pathology and physical therapy records until the student reaches age 21 or five years after last session, whichever is longer. The District will retain all other special education records for a minimum of five years after the school year in which the records were created. The District may destroy these records after these periods of time unless the parent or adult student requests those records.

First Legal Parent/Guardian Signature:

Date:

Second Legal Parent/Guardian Signature:

Date:

|                  |        |                        |                |
|------------------|--------|------------------------|----------------|
| Office Use Only: | SCHOOL | COUNSELOR/TEACHER NAME | STUDENT ID NO. |
|------------------|--------|------------------------|----------------|



# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ESTUDIANTE

EL ÁREA GRIS ES ÚNICAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA

**INSTRUCCIONES:** El formulario de inscripción es un documento oficial. Las preguntas en este documento son de gran importancia y nos ayudaran a proveer servicios para sus niños. Algunas de estas preguntas se explican en la parte inferior de este formulario. Si necesita mas información favor de comunicarse con la escuela. **Favor de escribir con bolígrafo de tinta azul/negra, complete todas las paginas.**

|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                         |                                                                                                               |                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Nº DE ID DEL ESTUDIANTE                                                                                                                                                                             | ESCUELA                                                                                 | NOMBRE DEL MAESTRO /CONSEJERO                                                                                 | FECHA DE ADMISIÓN                                   |
| <b>GRADO</b>                                                                                                                                                                                        | FECHA DE NACIMIENTO VERIFICADA<br>S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | ORDEN JUDICIAL RECIBIDA<br>S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> | AÑO DE GRADUACION (Únicamente para Preparatoria)    |
| ¿Ha sido su estudiante inscrito anteriormente en el Distrito de Reynolds? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>                                                                     |                                                                                         | INSCRIPCIÓN INICIAL? <input type="checkbox"/>                                                                 | CAMBIOS EN LA INSCRIPCIÓN? <input type="checkbox"/> |
| DISTRITO ESCOLAR ANTERIOR DONDE ASISTIÓ                                                                                                                                                             |                                                                                         | ESCUELA ANTERIOR DONDE ASISTIÓ                                                                                | FECHAS DE ASISTENCIA<br>Desde: _____ Hasta: _____   |
| DOMICILIO DE LA ESCUELA ANTERIOR                                                                                                                                                                    |                                                                                         | Ciudad                                                                                                        | Estado                                              |
| Ha estado su niño(a) en algun programa de <b>Talentos o Dotados (TAG)</b> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>                                                                     |                                                                                         | Años(s)?                                                                                                      | Donde?                                              |
| ¿Tiene actualmente el alumno un <b>Plan de Educación Individual (IEP)</b> ? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                                         | ¿Tiene el alumno un <b>Plan de Sección 504</b> ? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>        |                                                     |
| Para inscripción de <b>Kínder Solamente:</b> ¿Ha asistido el niño/a durante el último año a 5 o más horas por semana de enseñanza preescolar? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |                                                                                         |                                                                                                               |                                                     |
| De acuerdo con la ley ORS 339.250, favor de contestar las siguientes preguntas:                                                                                                                     |                                                                                         |                                                                                                               |                                                     |
| ¿Alguna vez ha sido su hijo/a <b>expulsado de la escuela</b> ? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>                                                                                |                                                                                         | Si respondió "SI", ¿por que razón?:                                                                           |                                                     |
| Nombre de la Escuela:                                                                                                                                                                               |                                                                                         | Fecha(s):                                                                                                     |                                                     |

## INFORMACIÓN DEL ALUMNO

|                                                                                                     |                                                                                  |                                 |                                                                 |                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| APELLIDO LEGAL (nombre que aparece en el Certificado de Nacimiento o en la Orden Judicial)          | NOMBRE LEGAL                                                                     | SEGUNDO NOMBRE                  | SOBRENOMBRE                                                     |                                                                                                 |
| DOMICILIO                                                                                           | NÚMERO DE APARTAMENTO                                                            | CUIDAD                          | CÓDIGO POSTAL                                                   |                                                                                                 |
| DOMICILIO Verificado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Iniciales: _____      | Diferente Dirección Postal (domicilio & apto no. Si es diferente del de la casa) | CUIDAD                          | ESTADO                                                          | CÓDIGO POSTAL                                                                                   |
| ¿Es la dirección postal igual a su domicilio? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | NOMBRE PREFERIDO/SOBRENOMBRE                                                     | No. DE SEGURO SOCIAL (Opcional) | Género<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | FECHA DE NACIMIENTO                                                                             |
| EDAD                                                                                                | CUIDAD, ESTADO DE NACIMIENTO                                                     | PAIS DE NACIMIENTO              | TELÉFONO PRINCIPAL<br>( )                                       | Aparece en el Directorio de teléfonos?<br>S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |

Si su país de nacimiento es fuera de US o Puerto Rico, ¿Cuándo comenzó el niño/a la escuela en US?

## RAZA Y ETNIA (Por favor conteste LAS DOS Preguntas, Pregunta A y Pregunta B)

ETNIA/RAZA: Esta información es un requisito del Gobierno Federal y es usada únicamente con fines de análisis de datos e información. Si usted elige no contestar a esta pregunta el Distrito Escolar Reynolds tiene como requisito informar sobre ello a través de un *Proceso de Identificación de Testigo*. Es requisito completar la parte A y la parte B. PIT \_\_\_\_\_

**Parte A: ETNICIDAD** (Elija una)  NO HISPANO/LATINO  HISPANO/LATINO – Originario de Cuba, México, Puerto Rico, América Central o del Sur o de otra cultura de origen hispano

**Parte B: RAZA**—Sin importar lo que seleccionó anteriormente, por favor continúe contestando lo siguiente marcando uno o más cuadros para indicar la que usted considera que es su raza.

- Nativo Indio Americano / de Alaska** – Con orígenes en alguna de las gentes nativas de América del Norte o del Sur (incluyendo América Central), y quienes mantienen Afiliación tribal o apego a dichas comunidades
- Asiática** – Con orígenes en el lejano Este, Sureste de Asia o en el subcontinente Indio, incluyendo Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malaysia, Paquistán, las islas Filipinas, Tailandia y Vietnam
- Negro/Afroamericano** – Con orígenes en cualquiera de los grupos de raza negra de África
- Nativo Hawaiano/de otras islas del Pacífico** – Con orígenes en cualquiera de las gentes nativas de Hawái, Guam, Samoa o de otras islas del Pacífico
- Blanco** – Con orígenes en cualquiera de las gentes nativas de Europa, Medio Oriente o del norte de África

## Título I-C PROGRAMA DE EDUCACION MIGRATORIA

Este programa ayuda a los niños y adultos de edades de 3-21 años quienes se cambian frecuentemente de lugar(con o sin sus padres) para poder buscar u obtener trabajo temporal o de temporada en la agricultura, forestación y pesca.

Una persona en mi familia ha trabajado en, o planea trabajar en la agricultura, forestación y/o pesca. Esto incluye granjas, ranchos, empacadoras, invernaderos, arboles o pesca.  
S  N

## Título VII-A – Programa de Educación para Indios Nativos Americanos

Personas Inscritas en tribu reconocida por el gobierno federal o por el estado pueden reunir los requisitos para participar en el Programa Educativo del TITULO VII PROGRAMA PAR INDIOS NATIVOS AMERICANOS, Un fondo Federal bajo el Acta De Educación Indígena de 1988. El Título VII El Certificado de Elegibilidad del Estudiante tiene que ser completado para cada alumno elegible. *Se proveerá información adicional a estudiantes elegibles.*

¿Es el alumno, o padres, o abuelos miembros de una Tribu reconocida por el gobierno Federal Americana? S  N

Si responde "SI", Nombre de la Tribu:

## Título X Programa McKinney-Vento

Este programa garantiza que los estudiantes, sin importar la situación en la que vivan, tengan acceso a la educación pública, incluyendo el transporte hasta y desde la escuela. Un representante del distrito escolar se pondrá en contacto con usted si marca alguno de los cuadros a continuación.

- Por favor marque todos los cuadros que correspondan:
- Usted vive en un vehículo, campamento, o residencia nocturna **que no se utiliza normalmente como arreglos para pasar la noche.**
  - Usted vive en un **refugio o vivienda temporal**
  - Usted **comparte la casa** con otra familia o se traslada de lugar a lugar debido a dificultades económicas
  - Usted está viviendo en un **motel u hotel** hasta que pueda encontrar vivienda asequible
  - El estudiante es **un menor de edad sin compañía** y no está al cuidado de los padres o tutor legal
- S  N



|                |        |       |
|----------------|--------|-------|
| APELLIDO LEGAL | NOMBRE | GRADO |
|----------------|--------|-------|

SE PUEDE COPIAR ESTA PÁGINA PARA OTROS ESTUDIANTES EN SU FAMILIA. POR FAVOR AÑADA EL NOMBRE Y EL GRADO DESPUES DE HACER LA COPIA.

### INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES

Por favor proveer la información de los dos padres, incluyendo la de los padres que no viven con el estudiante. (Esta página puede copiarse para añadir padres adicionales). Se asume que AMBOS padres/tutores tienen acceso a la información del estudiante a menos que haya un documento legal que indique lo contrario.

¿Quién tiene custodia legal del niño/a? Ambos padres  La madre  El padre  Custodia compartida   
 Los abuelos  Tutor  Padres de acogida  Otro  (por favor explíquelo)

¿Con quién vive el niño/a? Ambos padres  La madre  El padre  Los abuelos  El tutor  Los padres de acogida   
 Otro  (por favor explíquelo)

¿Hay actualmente una Orden de Restricción Por la Corte relacionada con este estudiante? Sí  No

\*Si existe actualmente una orden judicial que limita el acceso parental de un padre/madre que no tiene la custodia, usted deberá entregar una copia de dicha orden antes de que la escuela pueda limitar el acceso de dicho padre/madre al estudiante. He entregado una orden actual de la corte:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### PRIMER PADRE/TUTOR

Orden de Llamadas de Emergencia: 1 2 No. De teléfono de Emergencia ( )

Madre  Padre  Tutor  Otro  (favor de explicar) APELLIDO NOMBRE

Domicilio Vive con el estudiante?  S  N\* Domicilio Diferente  marque en el recuadro si desea recibir tarjeta de calificaciones y/o correspondencia CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

EMAIL se utiliza para comunicar información importante sobre la escuela y su estudiante. DIRECCION DE EMAIL (POR FAVOR INFORME A LA ESCUELA SI SU DIRECCION DE EMAIL CAMBIA) NUMERO DE TELEFONO DE CASA TELEFONO CELULAR/Nº. PAGER

EMPRESA OCUPACIÓN TELÉFONO DEL TRABAJO ( ) EXT.

Vive/Trabaja en PROPIEDAD FEDERAL? S  N  En la Fuerza Militar? S  N

Desea ser VOLUNTARIO? S  N

¿Habla inglés? S  N  Idioma Principal que Usted Habla:

¿Quiere que le envíen material en su idioma principal, si está disponible? S  N  ¿Necesita este padre/madre/tutor un intérprete para las conferencias de educación? S  N

#### SEGUNDO PADRE/TUTOR

Orden de Llamadas de Emergencia: 1 2 Nº. De Teléfono de Emergencia ( )

Madre  Padre  Tutor  Otro  (favor de explicar) APELLIDO NOMBRE

Domicilio Vive con el estudiante?  S  N\* Domicilio Diferente  marque en el recuadro si desea recibir tarjeta de calificaciones y/o correspondencia CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

EMAIL se utiliza para comunicar información importante sobre la escuela y su estudiante. DIRECCION DE EMAIL (POR FAVOR INFORME A LA ESCUELA SI SU DIRECCION DE EMAIL CAMBIA) NUMERO DE TELEFONO DE CASA TELEFONO CELULAR/Nº PAGER

EMPRESA OCUPACIÓN TELÉFONO DEL TRABAJO ( ) EXT

Vive/Trabaja en PROPIEDAD FEDERAL? S  N  En la Fuerza Militar? S  N

Desea ser VOLUNTARIO? S  N

¿Habla inglés? S  N  Idioma Principal que usted habla:

¿Quiere que le envíen material en su idioma principal, si está disponible? S  N  ¿Necesita este padre/madre/tutor un intérprete para las conferencias de educación? S  N

#### HERMANOS/HERMANAS (únicamente de edad escolar – que asisten en Reynolds School District)

|                        |        |      |                                                                 |         |       |
|------------------------|--------|------|-----------------------------------------------------------------|---------|-------|
| Apellido del hermano/a | Nombre | EDAD | GÉNERO<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Escuela | Grado |
|------------------------|--------|------|-----------------------------------------------------------------|---------|-------|

|                        |        |      |                                                                 |         |       |
|------------------------|--------|------|-----------------------------------------------------------------|---------|-------|
| Apellido del hermano/a | Nombre | EDAD | GÉNERO<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Escuela | Grado |
|------------------------|--------|------|-----------------------------------------------------------------|---------|-------|

|                        |        |      |                                                                 |         |       |
|------------------------|--------|------|-----------------------------------------------------------------|---------|-------|
| Apellido del hermano/a | Nombre | EDAD | GÉNERO<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Escuela | Grado |
|------------------------|--------|------|-----------------------------------------------------------------|---------|-------|

|                        |        |      |                                                                 |         |       |
|------------------------|--------|------|-----------------------------------------------------------------|---------|-------|
| Apellido del hermano/a | Nombre | EDAD | GÉNERO<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Escuela | Grado |
|------------------------|--------|------|-----------------------------------------------------------------|---------|-------|

#### Plan de Cierre de Escuelas por Caso de Emergencia (\*Deben estar incluido en la lista de Contactos de Emergencia)

Marque el cuadro apropiado y circule su preferencia autorizada de levantar o destino en caso de un evento de Cierre de escuelas por caso de emergencia :

Levantado por: Padres Amigos\* Vecinos\* Parientes\*  Autobus escolar a: Casa Vecino\* Cuidado Infantil\*  Caminar/En Bicicleta /Conducir a: Casa Vecino\* Cuidado Infantil\*

Firma de Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



|          |        |       |
|----------|--------|-------|
| APELLIDO | NOMBRE | GRADO |
|----------|--------|-------|

**CONTACTOS DE EMERGENCIA** – En caso de emergencia, los padres/tutores serán llamados en 1<sup>er</sup> lugar. Los contactos de emergencia serán llamados en el orden indicados.

Por favor confirme poniendo sus iniciales, si todos los contactos de Emergencia en la lista tienen permiso para retirar al estudiante de la escuela: Iniciales de Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

|                                |                       |                         |                            |                                      |        |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------------------|--------|
| <b>1<sup>er</sup> Contacto</b> | APELLIDO DEL CONTACTO | NOMBRE                  | Relación con el alumno     | Ciudad                               | Estado |
| IDIOMA QUE HABLA               |                       | TELEFONO DE CASA<br>( ) | TELEFONO DE TRABAJO<br>( ) | TELEFONO CELULAR/Nº. DE PAGER<br>( ) |        |
| <b>2<sup>o</sup> Contacto</b>  | APELLIDO DEL CONTACTO | FIRST NAME              | Relación con el alumno     | Ciudad                               | Estado |
| IDIOMA QUE HABLA               |                       | TELEFONO DE CASA<br>( ) | TELEFONO DE TRABAJO<br>( ) | TELEFONO CELULAR/º DE PAGER<br>( )   |        |
| <b>3<sup>er</sup> Contacto</b> | APELLIDO DEL CONTACTO | FIRST NAME              | Relación con el alumno     | Ciudad                               | Estado |
| IDIOMA QUE HABLA               |                       | TELEFONO DE CASA<br>( ) | TELEFONO DE TRABAJO<br>( ) | TELEFONO CELULAR/Nº DE PAGER<br>( )  |        |

**CONTACTO EN CASO DE UN DESASTRE NATURAL** – Luego de ocurrir un desastre natural mayor, deberá elegirse un contacto fuera del área por la razón de que hay mayor posibilidad de que se puedan hacerse llamadas a personas que están fuera de la región, que a las personas que están en el otro lado de nuestra ciudad o en el área metropolitana. Por esto, por favor escriba un número de teléfono de alguien que este a por lo menos a 100 millas de distancia para que su niño/a pueda llamar a ese número de teléfono para que pueda volver a comunicarse con usted a través de esta tercera persona.

|                    |                       |                         |                            |                                     |        |
|--------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------------------|--------|
| <b>Contacto DN</b> | APELLIDO DEL CONTACTO | NOMBRE                  | Relación con el alumno     | Ciudad                              | Estado |
| IDIOMA QUE HABLA   |                       | TELEFONO DE CASA<br>( ) | TELEFONO DE TRABAJO<br>( ) | TELEFONO CELULAR/Nº DE PAGER<br>( ) |        |

**INFORMACIÓN MÉDICA**

Los miembros del personal escolar necesitan saber si su niño/a tiene actualmente un problema de salud en curso por el cual él/ella puede necesitar ayuda durante el día escolar. Recuerde avisar a su escuela de cualquier cambio en esta información.

|                         |                                   |                         |                 |
|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------|-----------------|
| NOMBRE DEL DOCTOR       | TELEFONO<br>( )                   | NOMBRE DEL DENTISTA     | TELEFONO<br>( ) |
| NOMBRE DE SEGURO MEDICO | SEGURO MEDICO/Nº DE SEGURO MEDICO | HOSPITAL DE PREFERENCIA |                 |

¿Tiene su estudiante seguro medico? /o Accidente? S  N  Si No, El Distrito Escolar de Reynolds Ofrece opciones de seguro medico y de accidente a bajo costo.

Favor de marcar si tiene actualmente algún problema medico como: Asma  Enfermedad de corazón  Alergias graves  Trastorno de convulsiones Diabetes: Tipo  Tipo II  Otro

\*En caso de enfermedad grave, accidente u otra emergencia en la que esté involucrado el estudiante, la escuela enviará al estudiante al hospital de preferencia especificado anteriormente o si no hay hospital de preferencia al más cercano a la escuela.

|                                                                                                                                                 |                                  |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Favor de escribir cualquier alergia (incluyendo picadura de abejas) y/u otro problema de salud que pueda afectar a su estudiante en la escuela: | <b>¿PONE EN PELIGRO LA VIDA?</b> |                          |
|                                                                                                                                                 | SI                               | NO                       |
| 1.                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 2.                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 3.                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 4.                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |
| 5.                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |

Tenga en cuenta: Cualquier alergia u otro problema de salud que necesite ser atendida en la escuela se requiere que los padres completen los formularios apropiados sobre la información del medicamento.

Necesito formulario de administración de medicina: S  N

**Transporte en Caso de Emergencia Médica**

Autorizo al personal de la escuela a que hagan los arreglos para el transporte en ambulancia, si es necesario, y doy mi permiso para que el personal de emergencia y el hospital de mi elección, atiendan a mi niño/a, bajo la supervisión del doctor encargado de su cuidado, en una situación de emergencia cuando yo no esté localizable: Sí  No

Firma del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Hospital de Preferencia : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**VERIFICACION DEL EXAMEN DE LA VISTA**

Por favor complete **cualquiera** de las secciones, Sección I, Sección II o Sección III:

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sección I                                      | Has completado El Examen de la Vista: S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Fecha del Examen: _____<br>Resultado: <input type="checkbox"/> Paso <input type="checkbox"/> No Paso (Preferencia) Nombre del Proveedor que llevó a cabo el Examen: _____ |
| Sección II                                     | <input type="checkbox"/> Anteriormente entregue el Certificado a: (Nombre del Distrito Escolar diferente de Reynolds): _____                                                                                                                                          |
| Sección III                                    | <input type="checkbox"/> Debido a mis creencias religiosas, no estoy entregando Certificado de Examen de la Vista.                                                                                                                                                    |
| Firma de Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____ |                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                    |         |                             |                          |
|------------------------------------|---------|-----------------------------|--------------------------|
| Únicamente Para Uso de la Oficina: | ESCUELA | CONSEJERO/NOMBRE DE MAESTRO | Nº DE ID. DEL ESTUDIANTE |
|------------------------------------|---------|-----------------------------|--------------------------|

|          |        |       |
|----------|--------|-------|
| APELLIDO | NOMBRE | GRADO |
|----------|--------|-------|

### TRANSPORTE DEL ESTUDIANTE

#### INFORMACION DEL AUTOBUS ESCOLAR

¿Será transportado este alumno en autobús? S  N  *Únicamente para uso de Oficina* – Numero de Autobús: \_\_\_\_\_ Parada de Autobús: \_\_\_\_\_

#### Información del vehículo – (Solamente para alumnos de la PREPARATORIA)

Si su estudiante de preparatoria tiene planes de viajar por sus propios medios de ida y vuelta a la escuela y estacionar en el estacionamiento asignado (pida el formulario en la oficina de HS), Llene esta información:

|     |       |        |       |                    |                                                                                 |
|-----|-------|--------|-------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Año | Marca | Modelo | Color | Numero de Licencia | Numero de permiso de estacionamiento<br><i>(Únicamente para Uso de oficina)</i> |
|-----|-------|--------|-------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

### INFORMACIÓN ANUAL/PERMISOS & AUTORIZACIONES

#### Directorio de Información

La información de este formulario puede ser usada por el Distrito para cumplir con su propósito vigilar y promover la asistencia a la escuela. La siguiente información ha sido designada como "Directorio de Información" la cual puede ser compartida por la escuela para propósitos escolares sin el consentimiento de los padres: Nombre del alumno, fecha y lugar de nacimiento, estudio o materias superiores, participación en actividades y deportes, peso y altura de los miembros de los equipos atléticos, asistencia, calificaciones y reconocimientos recibidos, y el nombre de la escuela mas reciente a la que asistieron. Durante los primeros 30 días de la inscripción, los padres pueden requerir por escrito a la escuela, que la información del directorio no sea compartida mientras que el alumno este inscrito en la escuela.

#### Comunicación Electrónica (e-mail) - ESTUDIANTE

He leído la póliza IIBGA-del Sistema Electrónico de Comunicación y los reglamentos de la administración. Y estoy de acuerdo con sus disposiciones. Entiendo que la violación de estas disposiciones dará lugar a disciplina que podrán hasta incluir la expulsión de la escuela y/o la suspensión o revocación del acceso al sistema y los privilegios relacionados y / o la denuncia a las autoridades oficiales.

Firma del Alumno: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### Comunicación Electrónica (e-mail) - PADRES

He leído la póliza IIBGA-Del Sistema de Comunicación Electrónico y la regulación administrativa. Observaré a mi estudiante en cuanto al uso del sistema y su potencial acceso al mundo de Internet y aceptare la responsabilidad de supervisión con respecto a esto, siempre y cuando el uso de mi hijo no sea en el ambiente escolar. En consideración en cuanto al privilegio de usar el Sistema Electrónico De Comunicación del Distrito y en consideración por tener acceso a las redes públicas, yo desligo al distrito, sus operadores y cualquier institución con la que el distrito este afiliado de todo tipo de reclamo, daños y perjuicios de cualquier naturaleza que surjan de mi uso o el de mi hijo/a, o la imposibilidad de usar el sistema, incluyendo, sin limitación, al tipo de daños identificados en la política del distrito y de las regulaciones administrativas

- Doy mi autorización** para que a mi estudiante se le otorgue una cuenta y certifico que la información contenida en este formulario es correcta.  
 **No Doy mi Autorización** a mi estudiante para que participe en el sistema de comunicación del distrito.

Firma del Padre /Madre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### Internet

Mi estudiante tiene permiso para usar el internet (El uso del internet esta sujeto al reglamento de Comunicaciones Tecnológicas y Electrónicas, que está indicado en el Manual de los derechos y responsabilidades de los padres y alumnos.): S  N  Iniciales de los Padres: \_\_\_\_\_

#### Reclutamiento Militar/Universitario – (solo para estudiantes de la Escuela Preparatoria/High School)

La ley "No Child Left Behind"(Que ningún niño quede atrás) del 2001 requiere que los distritos escolares ofrezcan, cuando se solicita, los nombres, direcciones y el número de teléfono de los estudiantes de los grados 11 y12 a los reclutadores militares y universitarios, colegios y universidades. Si usted no quiere que el distrito escolar les de la información sobre su estudiante ya sea a los reclutadores militares, a los Colegios o universidades, usted tiene la oportunidad de "ELEGIR NO COMPARTIR LA INFORMACIÓN DE SU ESTUDIANTE".

**NO** quiero que el nombre de mi niño/a, dirección y número de teléfono sea dado a:  Reclutadores militares  Reclutadores de los Colegios/Universidades

#### Nota sobre la no discriminación

Reynolds School District reconoce la diversidad y el valor de todos los individuos y grupos en nuestra sociedad. La política de la Junta Directiva de Reynolds School District es que todos los programas, actividades educativas y empleo estarán libres de acoso y discriminación por raza, color, religión, género, identidad de género, orientación sexual, nación de origen, discapacidad, estado civil o parental o edad.

#### Fotografías e Información

**No Quiero** que la foto o información de mi hijo/a sea usada en: (marque todo lo que aplique)  Medios de Comunicación  Anuario Escolar  Pagina de Internet de la escuela  Directorio del Estudiante

#### Expedientes de los estudiantes

Notificación anual a los padres de los derechos educativos y la ley de privacidad. Derechos de los padres: 1. Puede inspeccionar y revisar el expediente educativo del estudiante. 2. Puede solicitar una enmienda para corregir información incorrecta o engañosa. 3. Puede autorizar la divulgación de la información del historial excepto donde la ley permite la divulgación sin la autorización de los padres. 4. Puede someter una queja al Departamento de Educación de los Estados Unidos referente al incumplimiento de los requisitos de esta ley por parte del Distrito. 5. Puede obtener una copia de la Política del Distrito sobre el historial de los estudiantes en la escuela. (Política de la Junta de Reynolds JO/IGBAB – Historiales Educativos/Historial de estudiantes con discapacidades pueden encontrarse en la página de internet del distrito.)

#### Transferencia/Retención de los expedientes– Grados K-12

Transferencia de expedientes – Los expedientes de los estudiantes serán transferidos dentro de los 10 días de recibir la solicitud y la notificación de inscripción en una nueva escuela. Retención de expediente – Los registros de los estudiantes serán retenidos el tiempo mínimo establecido por el Estado de Oregon. El distrito retendrá los récords terapia física y de patología del habla hasta que el estudiante cumpla 21 años o 5 años después de la última sesión, lo que sea más extenso. El distrito retendrá todos los otros informes de educación especial por un mínimo de 5 años después del año escolar en el cual fueron creados los informes. El distrito puede destruir estos récords después de estos periodos de tiempo a menos que el padre o un estudiante adulto los solicite.

Firma de Padre/Madre /Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

|                                    |         |                             |                          |
|------------------------------------|---------|-----------------------------|--------------------------|
| Únicamente Para Uso de la Oficina: | ESCUELA | CONSEJERO/NOMBRE DE MAESTRO | Nº DE ID. DEL ESTUDIANTE |
|------------------------------------|---------|-----------------------------|--------------------------|



# Reynolds School District #7

## HOME LANGUAGE SURVEY

Student Name: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_ Sex:  Male  Female

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Home Telephone: \_\_\_\_\_ Work Telephone: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

1. Was your child born in the United States?  Yes  No  
 If yes, in which state? \_\_\_\_\_  
 If no, in what other country? \_\_\_\_\_

2. Has your child attended any school in the United States for any three years during their lifetime?  Yes  No  
 If yes, please provide school name(s), state, and dates attended:  
 Name of School \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Dates Attended \_\_\_\_\_  
 Name of School \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Dates Attended \_\_\_\_\_  
 Name of School \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Dates Attended \_\_\_\_\_

3. What language is spoken by you and your family most of the time at home? \_\_\_\_\_

4. If available, in what language would you prefer to receive communication from the school? \_\_\_\_\_

5. Please check if your child is:  
 A.  Native American Indian C.  Native Pacific Islander  
 B.  Alaska Native D.  Native U.S. Virgin Islander

6. Is your child's first-learned or home language anything other than English?  Yes  No

**If you responded "Yes" to question number 6 above, please answer the following questions:**

7. What language did your child learn when he/she first began to talk? \_\_\_\_\_

8. What language does your child most frequently speak at home? \_\_\_\_\_

9. What language do you most frequently speak to your child? (Father) \_\_\_\_\_  
 (Mother) \_\_\_\_\_

10. Please describe the language understood by your child. (Check only one)  
 A.  Understands only the home language and no English.  
 B.  Understands mostly the home language and some English.  
 C.  Understands the home language and English equally.  
 D.  Understands mostly English and some of the home language.  
 E.  Understands only English.

\_\_\_\_\_  
 Parent or Guardian's Signature

\_\_\_\_\_  
 Date

| OFFICE USE ONLY |                  |               |  |
|-----------------|------------------|---------------|--|
| Student ID #    | Date Distributed | Date Received |  |

Por favor responda  
en inglés

# Reynolds School District #7

## ENCUESTA DE IDIOMA DOMESTICO

**Spanish**  
Home Language Survey

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Nombre de los padres/apoderado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. ¿Nació su hijo/a en Estados Unidos?  Sí  No  
De ser así, ¿en qué estado? \_\_\_\_\_  
De no ser así, ¿en qué país? \_\_\_\_\_

2. ¿Ha asistido su hijo/a a alguna escuela de Estados Unidos durante tres años cualesquiera de su vida?  Sí  No  
Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre de la escuela (o escuelas), estado, y fechas de asistencia:  
Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Fechas de asistencia \_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Fechas de asistencia \_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Fechas de asistencia \_\_\_\_\_

3. ¿Qué idioma habla usted y su familia con más frecuencia en el hogar? \_\_\_\_\_

4. Si hay a disposición, ¿en qué idioma le gustaría recibir la comunicación de la escuela? \_\_\_\_\_

5. Marque si su hijo(a) es:  
A.  Indio americano nativo C.  Nativo de las islas del Pacífico  
B.  Nativo de Alaska D.  Nativo de las Islas Vírgenes de EE.UU.

6. ¿Es el idioma primario de su hijo(a) o el que se habla en el hogar distinto al inglés?  Sí  No

**Si su respuesta a la pregunta 6 es "Sí", responda las siguientes preguntas:**

7. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando recién comenzó a hablar? \_\_\_\_\_

8. ¿Qué idioma habla en casa su hijo(a) con más frecuencia? \_\_\_\_\_

9. ¿En qué idioma le habla con más frecuencia a su hijo(a)? (Padre) \_\_\_\_\_

(Madre) \_\_\_\_\_

10. Describa el idioma que su hijo(a) entiende. (Marque sólo uno)  
A.  Entiende solamente el idioma del hogar y no inglés.  
B.  Entiende mayormente el idioma del hogar y algo de inglés.  
C.  Entiende el idioma del hogar y el inglés por igual.  
D.  Entiende inglés mayormente y algo del idioma del hogar.  
E.  Entiende inglés solamente.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

### OFFICE USE ONLY

| Student ID # | Date Distributed | Date Received |
|--------------|------------------|---------------|
|--------------|------------------|---------------|

**Kindergarten Transportation Plan**



Student's Name: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

1<sup>st</sup> Phone: \_\_\_\_\_ 2<sup>nd</sup> Phone: \_\_\_\_\_

When school is dismissed, my student will be:

Picked up at School by: \_\_\_\_\_  
(name of parent/guardian that will be picking up student at school)

Phone Number: \_\_\_\_\_

Ride the Reynolds School Bus

Circle Day(s) of the week: **Monday** **Tuesday** **Wednesday** **Thursday** **Friday**

Ride a Day Care Van or Bus

Circle Day(s) of the week: **Monday** **Tuesday** **Wednesday** **Thursday** **Friday**

Name of Day Care provider: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Will walk or ride bike home every day with: \_\_\_\_\_  
(name of parent/guardian/sibling (age) that will be at school to walk student home)

**\*\*If there are ANY Changes to this plan, please notify the office immediately\*\***

For Office Use Only:

|                                        |
|----------------------------------------|
| TEACHER: _____                         |
| BUS # _____ Location of bus stop _____ |



Code: EEACC

Adopted: 7/15/10

## Student Conduct on School Buses

The following regulations will govern student conduct on school buses and will be posted in a conspicuous place in all buses:

1. Students being transported are under authority of the bus driver;
2. Fighting, wrestling or boisterous activity is prohibited on the bus;
3. Students will use the emergency door only in case of emergency;
4. Students will be on time for the bus, both morning and evening;
5. Students will not bring firearms, weapons or other potentially hazardous material on the bus;
6. Students will not bring animals, except approved assistance guide animals, on the bus;
7. Students will remain seated while bus is in motion;
8. Students may be assigned seats by the bus driver;
9. When necessary to cross the road, students will cross in front of the bus or as instructed by the bus driver;
10. Students will not extend their hands, arms or heads through bus windows;
11. Students will have written permission to leave the bus other than for home or school;
12. Students will converse in normal tones; loud or vulgar language is prohibited;
13. Students will not open or close windows without permission of the driver;
14. Students will keep the bus clean and must refrain from damaging it;
15. Students will be courteous to the driver, fellow students and passersby;
16. Students who refuse to promptly obey the directions of the driver or refuse to obey regulations may forfeit their privilege to ride on the buses.

The superintendent will establish other regulations as necessary for the safe conduct of students riding district school buses or other forms of district transportation. Such regulations will be available to all parents and students and posted in each school bus or other district vehicle.

Students who violate bus rules of conduct may be denied the use of district transportation.

END OF POLICY

---

**Legal Reference(s):**

[ORS 339.240](#)

[OAR 581-021-0050](#) to -0075

[OAR 581-053-0010](#)

[ORS 339.250](#)

[OAR 581-023-0040](#)

[ORS 820.100](#) - 820.190

[OAR 581-053-0002](#)

Letter Opinion, Office of the OR Attorney General (Nov. 22, 1988).

**Cross Reference(s):** EEA - Student Transportation Services



**Plan de Transporte para estudiantes**  
**de Jardín de Niños(Kindergarten)**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

1º Teléfono: \_\_\_\_\_ 2º Teléfono: \_\_\_\_\_

A la salida de la escuela, mi estudiante será:

Retirado de la escuela por: \_\_\_\_\_  
(Nombre del padre/tutor que retirará al estudiante de la escuela)

Teléfono: \_\_\_\_\_

Regresará en el autobús escolar

Circule el/los día/s de la semana: **Lunes** **Martes** **Miércoles** **Jueves** **Viernes**

Regresará en el Van o autobús de la Guardería (cuidado de Niños)

Circule el/los día/s de la semana: **Lunes** **Martes** **Miércoles** **Jueves** **Viernes**

Nombre del Proveedor de Cuidado Infantil: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Caminará o irá a casa en bicicleta todos los días con: \_\_\_\_\_  
(nombre del padre/tutor/hermano (edad) que estará en la escuela para acompañar al estudiante a la casa)

**\*\*Si hubiera CUALQUIER cambio con este plan, por favor notifique inmediatamente a la oficina\*\***

sólo para uso en la oficina:

TEACHER: \_\_\_\_\_

BUS # \_\_\_\_\_ Location of bus stop \_\_\_\_\_



Code: **EEACC**

Adopted: 7/15/10

## **Código de Conducta de los Estudiantes en el Autobús Escolar**

Los siguientes reglamentos gobernarán la conducta de los estudiantes en los autobuses escolares y serán puestas en un lugar visible en todos los autobuses.

1. Los estudiantes transportados están bajo la autoridad del chofer;
2. Se prohíben en el autobús las peleas, luchas o actividades bulliciosas;
3. Los estudiantes utilizarán la puerta de emergencia solamente en caso de emergencia;
4. Los estudiantes deberán estar a tiempo en la parada del autobús en la mañana y en la tarde;
5. Los estudiantes no llevarán en el autobús armas de fuego, armas o cualquier otro elemento peligroso;
6. Los estudiantes no podrán llevar animales en el autobús con excepción de los animales de guía aprobados;
7. Los estudiantes permanecerán sentados mientras el autobús está en movimiento;
8. El chofer puede asignar asientos a los estudiantes;
9. Cuando sea necesario cruzar una calle, los estudiantes deberán hacerlo frente al autobús o como lo indique el chofer del autobús;
10. Los estudiantes no sacarán las manos, brazos o cabezas por la ventanilla;
11. Los estudiantes deberán tener un permiso escrito para bajar del autobús en otro lugar que no sea la casa o la escuela;
12. Los estudiantes deberán hablar en un tono de voz normal, se prohíbe el lenguaje vulgar o ruidoso;
13. Los estudiantes no podrán abrir o cerrar las ventanillas sin el permiso del chofer;
14. Los estudiantes deberán mantener el autobús limpio y abstenerse de provocar daños;
15. Los estudiantes serán amables con el chofer, los compañeros y con las personas que pasan cerca del autobús;
16. Los estudiantes que se nieguen a obedecer inmediatamente al chofer o que se nieguen a obedecer los reglamentos perderán el privilegio de ser transportado en los autobuses escolares.

*Statutory Authority: ORS Chapter 820*

*Referencia a las Políticas de la Junta Directiva: EEA, EEAE*

El/la Superintendente establecerá otros reglamentos cuando sea necesario para la conducta segura de los estudiantes que viajen en los autobuses del distrito u otro medio de transporte del distrito.

Estos reglamentos estarán disponibles para todos los padres y estudiantes y publicados en todos los autobuses escolares u otros vehículos del distrito.

Se negará transporte del distrito a los estudiantes que violen el reglamento de conducta de los autobuses.

Fin de la Política

---

**Legal Reference(s):**

[ORS 339.240](#)

[ORS 339.250](#)

[ORS 820.100 - 820.190](#)

Letter Opinion, Office of the OR Attorney General (Nov. 22, 1988).

**Cross Reference(s):** EEA - Student Transportation Services

[OAR 581-021-0050 to -0075](#)

[OAR 581-023-0040](#)

[OAR 581-053-0002](#)

[OAR 581-053-0010](#)



**KINDERGARTEN QUESTIONNAIRE**

Today's Date: \_\_\_\_\_

**General:**

1. Student's Legal Name: \_\_\_\_\_  
(last name, first name, middle initial)
2. Name parent prefers child to be called: \_\_\_\_\_
3. Child lives with:      Both parents      Mother      Father      Other \_\_\_\_\_
4. Legal custody?      Both parents      Mother      Father      Other \_\_\_\_\_
5. Is there a current restraining order we need to be aware of?      Yes      No
6. Has your child attended any type of preschool?      Yes      No
7. Has your child attended *Head Start*?      Yes      No
8. Has your child attended daycare?      Yes      No
9. Did your child receive special education services in any type of preschool?      Yes      No
10. Is your child right or left-handed? (circle one)      Right      Left

**Student's Interests:**

11. Does your child have any special interests? \_\_\_\_\_
12. Favorite play activities: \_\_\_\_\_
13. Favorite books and stories: \_\_\_\_\_
14. Favorite television program: \_\_\_\_\_
15. Is there any additional information that you would like to share about your child? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Skills:**

| My child....                                              | YES | NO | Comments: |
|-----------------------------------------------------------|-----|----|-----------|
| Knows first and last name?                                |     |    |           |
| Can print first name?                                     |     |    |           |
| Knows birthday?                                           |     |    |           |
| Knows how to hold a book and turn pages one at a time?    |     |    |           |
| Knows how to use scissors to cut paper?                   |     |    |           |
| Recognizes basic shapes?                                  |     |    |           |
| Recognizes basic colors?                                  |     |    |           |
| Has experience with crayons and markers?                  |     |    |           |
| Holds a pencil or crayon correctly?                       |     |    |           |
| Identifies likes and differences in pictures and objects? |     |    |           |
| Counts objects up to 5?                                   |     |    |           |
| Counts to 10 or beyond?                                   |     |    |           |
| Recognizes some letters of the alphabet?                  |     |    |           |
| Knows the alphabet?                                       |     |    |           |
| Can put together a puzzle of at least 10 pieces?          |     |    |           |
| Tries to read and write?                                  |     |    |           |
| Pays attention to a short story when it is read out loud? |     |    |           |
| Can tie their own shoe laces?                             |     |    |           |
| Can zip or button own clothing?                           |     |    |           |
| Can concentrate on a task for at least 10 minutes?        |     |    |           |
| Works well with others?                                   |     |    |           |





**CUESTIONARIO DE KINDERGARTEN (Jardín de Niños)**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**General:**

1. Nombre legal del estudiante: \_\_\_\_\_  
(apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

2. Que nombre prefieren los padres que le llamen al niño/a: \_\_\_\_\_

3. Niño/a vive con:      Ambos padres      Madre      Padre      Otro \_\_\_\_\_

4. Custodia Legal?      Ambos padres      Madre      Padre      Otro \_\_\_\_\_

5. Existe una orden de restricción de la cual debemos saber?      Si      No

6. Ha ido su estudiante algún tipo de preescolar?      Si      No

7. Ha ido su estudiante a *Head Start*?      Si      No

8. Ha ido su estudiante a daycare?      Si      No

9. Ha recibió su estudiante servicios de educación especial  
en cualquier tipo de preescolar?      Si      No

10. Su hijo/a escribe con la mano derecha o izquierda? (circule uno)  
Derecha      Izquierda

**Intereses del estudiante:**

11. Tiene su estudiante algún interés especial? \_\_\_\_\_

12. Actividades de juego favoritas: \_\_\_\_\_

13. Historias y libros favoritos: \_\_\_\_\_

14. Programa de televisión favorito: \_\_\_\_\_

15. Hay alguna otra información de su hijo/a que le gustaría compartir con nosotros? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Habilidades:**

| <b>Mi hijo/a....</b>                                               | <b>SI</b> | <b>NO</b> | <b>Comentarios:</b> |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|---------------------|
| ¿Sabe su nombre y apellido?                                        |           |           |                     |
| ¿Puede escribir su nombre?                                         |           |           |                     |
| ¿Sabe su cumpleaños?                                               |           |           |                     |
| ¿Sabe como agarrar un libro y cambiar de pagina una a la vez?      |           |           |                     |
| ¿Sabe como usar tijeras para cortar papel?                         |           |           |                     |
| ¿Reconoce figuras básicas?                                         |           |           |                     |
| ¿Reconoce colores básicos?                                         |           |           |                     |
| ¿Tiene experiencia con marcadores y crayolas?                      |           |           |                     |
| ¿Agarra correctamente un lápiz o crayola?                          |           |           |                     |
| ¿Identifica cosas similares y diferentes en fotos y objetos?       |           |           |                     |
| ¿Cuenta objetos hasta el 5?                                        |           |           |                     |
| ¿Cuenta hasta 10 o más?                                            |           |           |                     |
| ¿Reconoce algunas letras del abecedario?                           |           |           |                     |
| ¿Se sabe el abecedario?                                            |           |           |                     |
| ¿Puede armar un rompecabezas de por lo menos 10 piezas?            |           |           |                     |
| ¿Trata de leer y escribir?                                         |           |           |                     |
| ¿Pone atención a una historia corta cuando se lee en voz alta?     |           |           |                     |
| ¿Se puede amarrar las agujetas de los zapatos?                     |           |           |                     |
| ¿Se puede subir el zipper o abotonarse su propia ropa?             |           |           |                     |
| ¿Se puede concentrar en una actividad por lo menos por 10 minutos? |           |           |                     |
| ¿Trabaja bien con otros?                                           |           |           |                     |

# Kindergarten

Knowing the essential skills and strategies your kids will be learning in school helps us know how to support them all year. Find out, by subject, what your kids will be learning this year and read on for strategies to help them be successful students.

## Reading at School:

- Naming upper- and lower-case letters, matching those letters with their sounds, and printing them.
- Comparing the adventures and experiences of characters in familiar stories, such as fairy tales and folktales
- Retelling familiar stories and talking about stories read to them using details from the text.
- Asking and answering questions about key details in stories or other information read aloud.

## Support Reading at Home:

Read with your child every day.

The public library allows you to have books checked out for up to three weeks. If you build a library visit into your weekly or monthly routine, hundreds of books (and reading opportunities) can pass through your child's hands - for free!

Try these things to help reinforce the learning your child is doing in kindergarten:

- Point out information on book covers including illustrator, title, and author
- Use your finger to follow along as you read
- Engage in word play included in so many children's books
- Talk about the story together
- Ask questions that get your child to think and talk



## Speaking and Listening at School:

- Taking part in classroom conversations and following rules for discussions (e.g., learning to listen to others and taking turns when speaking)



- Speaking clearly to express thoughts, feelings, and ideas including descriptions of familiar people, places, things, and events.

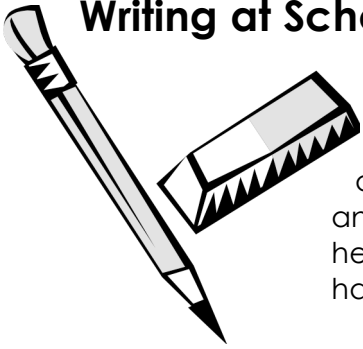
- Understanding and using question words (e.g., *who*, *what*, *where*, *when*, *why*, *how*) in discussions.

## Support Speaking and Listening at Home:

Being able to talk to people is an extremely important skill. Listening for information and direction is also very important. Some ways you can work on building these skills at home include:

- Talk about what happened through the day in a sequential way
- Listen to your child talk about their day
- Look your child in the eye when you are speaking and listening
- Restate what you hear and press your child to be clear
- Give clear directions and help your child complete them

## Writing at School:



- Using a combination of drawing, dictating, and writing to describe an event, including his or her reaction to what happened.

- Stating an opinion or preference about a topic or book in writing (e.g., “My favorite book is...”)
- Learning to recognize, spell, and properly use those little grammatical words that hold the language together (e.g., *a, the, to, of, from, I, is, are*)

## Support Writing at Home:

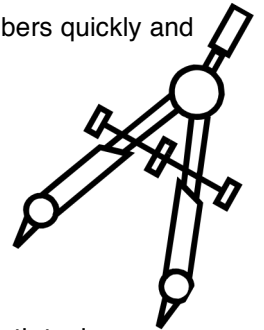
There are two major considerations for writing at the kindergarten level – using words accurately to tell a story or give a message, and having the fine motor skills to hold and use a pencil.

You can grow skill in these areas with your kindergartner by:

- Modeling storytelling – read books, talk to your child about your day
- Encourage your child to talk – to tell stories, to share ideas, to communicate about their day
- Paint with brushes and fingers
- Draw with crayons, chalk, and markers
- Scribble with pencils – until motor skill is strong enough to begin forming scribbles into letters
- Write stories your child tells – read them together and create pictures that reinforce the main ideas in the story

## Math at School:

- Counting objects to tell how many there are
- Comparing two groups of objects to tell which group, if either, has more; comparing two written numbers to tell which is greater.
- Acting out addition and subtraction word problems and drawing diagrams to represent them.
- Adding with a sum of 10 or less; subtracting from a number 10 or less; and solving addition and subtraction word problems.
- Adding and subtracting very small numbers quickly and accurately (e.g.,  $3+1$ )
- Correctly naming shapes regardless of orientation or size (e.g., a square oriented as a “diamond” is still a square)



## Support Math at Home:

While understanding numbers is a key math tool, mathematical thinking includes much more than numbers. Time, money, shapes, patterns, similar and different are all concepts of math. Introducing and playing with these concepts with your kindergartner can be very beneficial.

- Do puzzles together
- Play with blocks: create or find patterns with them
- Find and name shapes and colors in everyday objects
- Count things (socks in the laundry, peas on the plate, birds on the branch...) often
- Relate value in understandable terms (Would you rather have 5 or 10 M&M's? Why?) and build in words like more, less, equal

## Science:

Kindergarten science students learn about the living and non-living things in the natural world. They compare and contrast characteristics of plants and animals and examine the way things move. They identify changes in things they can see in the sky, and learn that the sun warms Earth.

Explore with your kindergartner. Point out similarities and differences in plants and animals and encourage them to ask as many questions as possible. This will build a strong foundation for scientific inquiry.

# Jardín de Niños

## (Kindergarten)

Conocer las habilidades esenciales y las estrategias que su estudiante está aprendiendo en la escuela nos ayudan a saber cómo apoyarlos durante el año. Conozca lo que su hijo/a estará aprendiendo este año por materia y lea las estrategias para ayudarlo a ser un/una estudiante que tenga éxito.

### Lectura en la escuela:

- Nombrar las letras en mayúscula y minúscula, juntarlas con los sonidos y escribirlas.
- Comparar las aventuras y experiencias de personajes de historias conocidas como los cuentos populares o cuentos de hadas.
- Volver a contar historias conocidas y hablar sobre las historias que les han leído usando detalles del texto.
- Hacer y contestar preguntas sobre detalles importantes en historias o en otro tipo de información que le han leído en voz alta.

### Apoye la lectura en casa:

Lea con su niño/a todos los días.

La biblioteca pública le permite sacar libros por hasta tres semanas. Si usted hace visitas de rutina en forma semanal o mensual, cientos de libros (y oportunidades de lectura) pueden pasar por las manos de su niño/a en forma gratuita.

Intente lo siguiente para reforzar el aprendizaje que su estudiante está haciendo en el Kinder:

- Señale información en la tapa de los libros, incluyendo ilustraciones, título y autor.
- Use su dedo para seguir la lectura.
- Participe en juegos de palabras incluidos en muchos libros para niños.
- Hablen juntos sobre la historia.
- Haga preguntas que inciten a su niño/a a pensar y hablar.



### Habilidades oral y auditiva en la escuela:

- Participar en las conversaciones de clase y seguir las reglas de las discusiones (p.ej.: aprender a escuchar a los demás y tomar turnos a la hora de hablar)



- Hablar claramente para expresar pensamientos, sentimientos e ideas incluyendo las descripciones de personas, lugares, cosas y eventos conocidos.
- Entender y utilizar las palabras interrogativas (p.ej.: *Quién, Qué, Dónde, Cuándo, Por qué, cómo*) en discusiones.

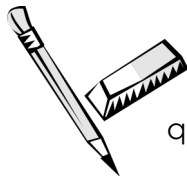
### Apoye las habilidades oral y auditiva en casa:

Poder hablar a las personas es una habilidad extremadamente importante. Escuchar para obtener información y direcciones también es muy importante. Algunas maneras en las que usted puede ayudar a aumentar estas habilidades en casa incluyen:

- Hable de lo que pasó durante el día siguiendo una secuencia de eventos.
- Escuche a su estudiante hablar sobre su día.
- Mire a su niño/a a los ojos cuando usted está hablando o escuchando.
- Repita lo que escucha y anime a su niño/a a que sea claro.
- De direcciones claras y ayude a su niño/a a completarlas.

## Escritura en la escuela:

- Usando una combinación de dibujos, dictado y escritura para describir un evento, incluyendo su reacción a lo que ocurrió.



- Dar su opinión o indicar una preferencia sobre un tema o un libro por escrito (p.ej.: "Mi libro favorito es...")
- Aprender a reconocer, deletrear y utilizar de forma apropiada las palabras cortas que gramaticalmente unen el lenguaje (p.ej.: *una, el/la, a, de, desde, yo, es, son*)

## Apoye la escritura en casa:

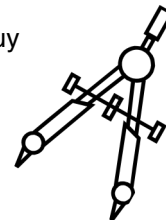
Hay dos consideraciones importantes para la escritura del nivel de Kindergarten - el uso de las palabras exactas para contar una historia o dar un mensaje y tener las habilidades motrices para sostener y usar el lápiz.

Usted puede mejorar las habilidades de su hijo/a en estas áreas haciendo lo siguiente:

- Modelar la narración de historias – leer libros, hablar con su estudiante sobre su día.
- Anime a su niño a hablar, decir historias, compartir ideas, comunicar sobre su día.
- Pintar con pinceles y con los dedos.
- dibujar con crayolas, tizas y marcadores.
- Hacer garabatos con los lápices hasta que sus habilidades motrices estén suficientemente desarrolladas para comenzar a formar letras.
- Escriba las historias que su hijo le cuenta – léanlas juntos y hagan dibujos que refuercen las ideas principales de la historia.

## Matemáticas en la escuela:

- Contar objetos para decir cuántos hay
- Comparar dos grupos de objetos para decir qué grupo, is es que hay uno, tiene más; comparar dos números escritos para decir cuál es el mayor.
- Representar problemas de palabras de sumas y restas y hacer diagramas para representarlos.
- Sumar con cantidades de 10 o menos; restar cantidades de 10 o menos y solucionar problemas de sumas y restas.
- Sumar y restar correctamente números muy pequeños de forma rápida (p.ej.: 3+1)
- Nombrar correctamente las figuras independientemente de su orientación o de su tamaño (p.ej.: un cuadrado orientado como un "rombo" es un cuadrado)



## Apoye Matemáticas en casa:

Aunque entender números es una herramienta clave en matemáticas, el pensamiento matemático incluye mucho más que números. Tiempo, dinero, formas, patrones, similar y diferente son todos conceptos de matemáticas. Presentar y jugar con estos conceptos con su niño/a de Kinder puede ser muy beneficioso.

- Armen rompecabezas juntos.
- Jueguen con bloques: creen o encuentren patrones con ellos.
- Encuentren y nombren formas y colores en objetos de todos los días.
- Cuenten objetos con frecuencia (calcetines en el lavadero, frijoles en el plato, pájaros en la rama...)
- Comunique valores en una manera entendible (¿Preferirías tener 5 o 10 dulces? ¿Por qué?) y en palabras como mas, menos, igual, etc.

## Ciencias:

Los estudiantes de Ciencias de Kinder aprenden sobre cosas con o sin vida en el mundo natural. Ellos comparan y contrastan características de plantas y animales y examinan en que forma las cosas se mueven. Identifican los cambios en las cosas que ven en el cielo, y aprenden que el sol calienta la tierra.

Explore con su estudiante de kinder. Señale las similitudes y diferencias en plantas y animales y anímelos a hacer la mayor cantidad de preguntas posibles. Esto construirá una base fuerte para la investigación científica.



# Reynolds

School District

## 2016-17 Elementary School Supply List

### All Students

- Ticonderoga Brand #2 Pencils – Two (2) dozen
- Crayola Brand Crayons – One (1) box of 24
- Crayola Brand Markers – One (1) box of 10 or 12 count
- Pink Pearl Brand Erasers – Two (2)
- Glue Stick – Six (6)
- Box of facial tissues – Two (2) box
- Index Cards – One (1) package
- Pencil Topper Erasers – One (1) package
- Scissors – One (1) pair Fiskars preferred
- Handheld pencil sharpener with receptacle for shavings
- Paper folders with pockets – Two (2)
- Head phones – can find at Dollar Tree – for personal student use

### K-2 Students Additional Items

- Crayola Watercolor – One (1) 8 colors

### 3-5 Students Additional Items

- Crayola Brand Colored Pencils – One (1) box of 24
- Wide-Ruled Notebook Paper – One (1) package
- Composition Books – Two (2)

### Wish List Items

- Magazine Box – Cardboard or Plastic
- Expo Dry Erase Markers – black fine tip
- Ziploc Bags - (any size)

Some supplies will be shared by all students.

Brand names are only recommended based on our experience that they have a greater value or perform better than other brands.



# Reynolds

School District

## Escuela primaria de 2016-17 Lista de útiles

### Todos los estudiantes

- Lápices #2 marca Ticonderoga, dos (2) docenas
- Crayolas marca Crayola - - una (1) caja de 24
- Marcadores marca Crayola - una (1) caja de 10 o 12
- Borradores marca Rosa perla- dos (2)
- Pegamento (Stick) - (6) seis
- Caja de pañuelos faciales - caja de dos (2)
- Tarjetas de Index- un (1) paquete
- Borradores de tapon de lápiz - un(1) paquete
- Tijeras -un par (1) marca preferido Fiskars
- Sacapuntas de mano con receptáculo
- Carpetas de papel con bolsillos, dos (2)
- Audífonos, puede encontrar en el Dollar Tree - para uso personal del estudiante

### Artículos adicionales de los estudiantes de K-2

- Acuarela Crayola - (1) uno de 8 colores

### Artículos adicionales de los estudiantes de 3-5

- Lápices de colores marca Crayola- una (1) caja de 24
- Papel de Cuaderno (Wide-Ruled) - un (1) paquete
- Libros/cuadernos de composición, dos (2)

### Elementos de la lista de deseos

- Caja de Revistas, cartón o plástico
- Marcadores de seco borrar Expo- punta fina negro
- Bolsas Ziploc - (cualquier tamaño)

Algunos útiles serán compartidos por todos los estudiantes.

Sólo se recomiendan marcas basándonos por nuestra experiencia, que tienen un mayor valor o se desempeñan mejor que otras marcas.



# Oregon's Kindergarten Assessment



## ***Dear Parent and Guardians,***

It is an exciting time when your child enters Kindergarten! In the first few weeks of Kindergarten your child will participate in Oregon's Kindergarten Assessment. As a parent/guardian of a young child, you are your child's first and most important teacher

## **What the Kindergarten Assessment is:**

A snapshot about children's access to quality early learning experiences

---

15-minutes at the beginning of the school year to gather information by your child's teacher or another trained adult

## **The Kindergarten Assessment is not:**

A high stakes test

---

A kindergarten entry screener

---

An assessment that excludes a student from entering kindergarten

OFFICE OF LEARNING  
INSTRUCTION · STANDARDS ·  
ASSESSMENT & ACCOUNTABILITY  
UNIT  
EARLY LEARNING  
DIVISION

For Additional Information, visit: <http://oregonearlylearning.com/kindergarten-assessment/home/>  
Oregon Department of Education's Assessment Resource Page: [ode.state.or.us/go/ka](http://ode.state.or.us/go/ka)

# What Will My Child Do On the Kindergarten Assessment?

## Approaches to Learning

Your child's teacher will observe these things during classroom activities and routines:

- how your child learns (*approaches to learning*)
- your child's ability to follow directions (*self-regulation*)
- how your child interacts with other students and teachers (*interpersonal skills*)

Some examples of what the teacher will look for during the first few weeks of Kindergarten is that your child:

- Waits their turn in various classroom activities; i.e., in line, sharing toys, washing hands
- Begins work without being reminded
- Finds and fixes errors in their own work
- Completes work

## Early Literacy

### English Letter Names and Sounds:

Your child will be asked to say the names and the sounds of as many letters as they can while looking at a chart with upper and lower case letters.

If your child is officially identified as an English Learner whose primary language is Spanish, your child will also be asked to say the sounds of as many Spanish letters as they can.

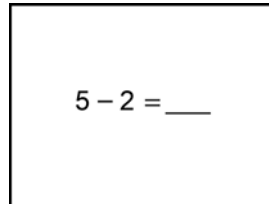
|   |    |   |    |    |   |   |
|---|----|---|----|----|---|---|
| s | D  | m | M  | H  | b | r |
| p | h  | e | Z  | O  | U |   |
| g | J  | t | G  | N  | ' |   |
| k | f  | I | th | Sh |   |   |
| u | w  | v | Th | r  |   |   |
| f | ph | s | i  |    |   |   |
| d | r  | ' |    |    |   |   |

### Counting



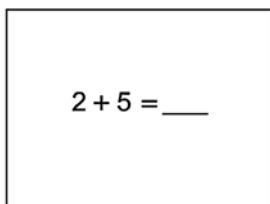
- 1
- 2
- 3

### Simple Subtraction



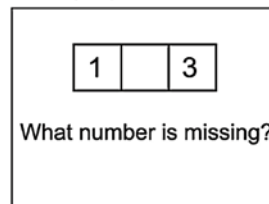
- 7
- 6
- 3

### Simple Addition



- 7
- 6
- 3

### Identifying Number Patterns



- 5
- 4
- 2

## Early Math

Your child will be asked to point to or say the answers for 16 math questions that include:

- counting
- simple subtraction
- simple addition
- identifying number patterns

# Evaluación de Kindergarten de Oregón



## *Estimados padres y tutores,*

¡Es un momento emocionante cuando su hijo/a entra al Kindergarten! En las primeras semanas de Kindergarten su hijo/a va a participar en la Evaluación de Kindergarten de Oregón. Como padre/tutor de un niño pequeño, usted es el primer y más importante maestro/a de su hijo/a

## Que es la Evaluación de Kindergarten:

Una visión general sobre el acceso de los niños a experiencias de aprendizaje temprano  
de calidad

15-minutos al comienzo del año escolar para reunir información por el maestro/a de su hijo/a u otro adulto entrenado

## La Evaluación de Kindergarten no es:

Un examen de alto riesgo

Una selección de entrada al kindergarten

Una evaluación que excluye al estudiante de entrar al kindergarten

# ¿Qué va a hacer mi hijo/a en la Evaluación de Kindergarten?

## Enfoques de Aprendizaje

El maestro/a de su hijo/a va a observar estas cosas durante las actividades de clase y rutinas:

- cómo aprende su hijo/a (*enfoques de aprendizaje*)
- la capacidad de su hijo/a para seguir instrucciones (*autorregulación*)
- cómo interactúa su hijo/a con otros estudiantes y maestros (*habilidades interpersonales*)

Algunos ejemplos de lo que el maestro/a observará durante las primeras semanas de Kindergarten, es que su hijo/a:

- Espera su turno en varias actividades en el salón, es decir, formado, compartir juguetes, lavarse las manos
- Comienza a trabajar sin que le recuerden
- Encuentra y corrige los errores en su propio trabajo
- Completa su trabajo

## Pre-Alfabetización

Nombres y sonidos de las letras en inglés:

Se le pedirá a su hijo/a que diga los nombres y los sonidos de tantas letras como pueda mientras mira una gráfica con letras mayúsculas y minúsculas.

Si su hijo/a es identificado como Estudiante del Inglés cuyo idioma principal es el español, también se le pedirá que diga los sonidos de tantas letras en español como pueda.

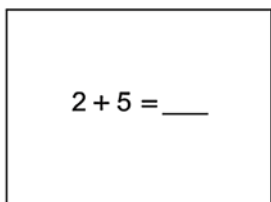
|   |    |   |    |    |   |   |
|---|----|---|----|----|---|---|
| s | D  | m | M  | H  | b | r |
| p | h  | e | Z  | O  | U |   |
| g | J  | t | G  | N  | ' |   |
| k | f  | I | th | Sh |   |   |
| u | w  | v | Th | r  |   |   |
| f | ph | s | i  |    |   |   |
| d | r  | ' |    |    |   |   |

### Contar



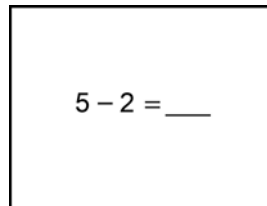
- 1
- 2
- 3

### Sumas simples



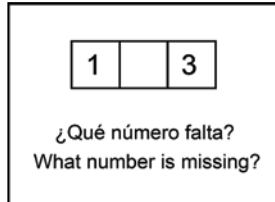
- 7
- 6
- 3

### Restas simples



- 7
- 6
- 3

### Identificar patrones numéricos



- 5
- 4
- 2

## Pre-Matemáticas

Se le pedirá a su hijo/a que señale o diga la respuesta a 16 preguntas de matemáticas que incluyen:

- contar
- restas simples
- sumas simples
- identificar patrones numéricos